

INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO PER ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA/OPERATIVA

UNITÀ FUNZIONALE DI CH. GENERALE

DICHIARAZIONE DI AVVENUTA INFORMAZIONE E DI ESPRESSIONE DEL CONSENSO ALL'ATTO MEDICO

L'isteroscopia è un esame che permette la visualizzazione della cavità uterina e del canale cervicale e quindi la diagnosi di eventuali patologie endouterine e/o endocervicali presenti (polipi, miomi, sinechie, ecc.).

Durante l'esame si utilizza una sottile ottica collegata ad una telecamera che viene introdotta all'interno della cavità uterina dilatata da un mezzo di distensione liquido o da un gas



INDICAZIONI DELL'ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA

- I sanguinamenti uterini anomali pre e post menopausali (metrorragie, spotting, perdite ematiche in menopausa, ecc.).
- I sospetti ecografici di poliposi uterina o di miomi (intramurali, sottomucosi, endocavitari)
- L'infertilità, la sterilità e la poliabortività
- La diagnosi ecografica di ispessimento endometriale pre e post menopausale
- Il sospetto di malformazioni uterine
- Sinechie uterine
- Pap test anomali (ASCUS, AGUS)
- dispositivo contraccettivo intrauterino di cui non si evidenziano più i fili

INDICAZIONI ISTEROSCOPIA OPERATIVA

- resezione di polipi endometriali di qualsiasi dimensione
- enucleazione e resezione di miomi sottomucosi (cioè che sporgono in parte o del tutto nell'interno dell'utero)
- ablazione endometriale: asportazione dell'endometrio, la mucosa che riveste le pareti interne dell'utero, in caso di sanguinamenti uterini ripetuti e resistenti alle comuni terapie mediche o di ispessimenti endometriale dovuti a iperplasia, nelle pazienti in menopausa o operate per cancro al seno
- malformazioni uterine quali l'utero setto che possono provocare aborti o parti prematuri
- rimozione di aderenze intrauterine (Sinechiolisi) che possono provocare amenorrea (mancanza di mestruazioni) e sterilità. Possono essere, seppur raramente, la conseguenza di raschiamenti, specie se traumatici e ripetuti, per aborti spontanei o interruzioni volontarie di gravidanza.
- istmocele (una specie di ernia della incisione del Taglio Cesareo che provoca fastidiosi e maleodoranti sanguinamenti post-mestruali)
- rimozione guidata di residui di materiale coriale post-abortivo o placentare post-partum che causano anomalie delle mestruazioni per prevenire la pericolosa formazione di aderenze intrauterine

	Pre operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO PER ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA/OPERATIVA	Mod. 0371	Pag. 2 di 3
		Parola chiave:	CH GIN 5
		Rev. 03	del 06/10/25

Io Sottoscritta _____

affetta da _____

Autorizzo il Dr. _____

All'esecuzione di: _____

Sono a conoscenza del fatto che

- l'isteroscopia può avere finalità diagnostica e/o terapeutica.
- che nessun intervento chirurgico può essere considerato completamente privo di rischio.
- che anche impiegando il massimo di diligenza, perizia e prudenza, in alcuni casi sono possibili complicanze che vengono riconosciute e corrette alle prime manifestazioni.
- le complicanze della isteroscopia sono molto rare, ma possono verificarsi.
- l'isteroscopia non può essere effettuata nel caso di donne con gravidanza in corso, in quanto potrebbe causarne la perdita. Questo comporta che, con la firma del presente modulo dichiaro di NON essere in gravidanza e di impegnarmi ad evitarla con idonei metodi contraccettivi fino alla mestruazione successiva all'intervento.

Tra le complicanze possibili rientrano:

- Lesioni vascolari con possibili emorragie che possono rendere necessaria trasfusione di sangue o altri emoderivati;
- Lesioni agli organi vicini all'apparato genitale;
- Perforazione dell'utero con sua possibile riparazione, se necessaria, per via laparoscopica o laparotomia (passaggio all'interno di vene o arterie);
- Intravasazione delle sostanze utilizzate per la distensione della cavità uterina con conseguente necessità di terapia medica intensiva;
- Impossibilità di concludere l'intervento programmato in un'unica seduta operatoria;
- Infezioni;
- Sinechie (aderenze intrauterine);
- Reazioni allergiche;
- conversione della procedura in laparoscopia e/o laparotomia per il completamento dell'intervento.

Alcune di queste complicanze possono richiedere un intervento chirurgico maggiore, altre possono causare invalidità permanente e, raramente, l'exitus.

	Pre operatorio INFORMAZIONE E CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO PER ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA/OPERATIVA	Mod. 0371	Pag. 3 di 3
		Parola chiave: CH GIN 5	
		Rev. 03	del 06/10/25

Sono a conoscenza del fatto che anche in caso di intervento programmato è difficile prevedere con esattezza tutta la strategia operatoria.

E' possibile che in corso di intervento il chirurgo ritenga opportuno o necessario modificare il programma previsto sia per difficoltà impreviste, sia per la comparsa di nuovi elementi diagnostici che fanno riconoscere una condizione diversa o più grave di quanto si pensasse in sede pre-operatoria.

☐

Autorizzo

☐

Non Autorizzo

pertanto le decisioni che prenderanno l'operatore ed i suoi collaboratori in corso di intervento e li autorizzo ad eseguire le procedure che riterranno opportune comprese le possibili modifiche alla strategia operatoria che si dovessero rendere necessarie per la riuscita dell'intervento.

La mia firma attesta che:

- Ho letto/mi è stato letto il contenuto di questo consenso informato;
- Ho capito e sono d'accordo con quanto verrà effettuato;
- Mi è stato spiegato l'intervento previsto in modo esauriente, compreso i possibili rischi e le possibili alternative;
- Ho avuto tutte le informazioni che desideravo avere ed ampia opportunità di fare domande su questioni specifiche

Esprimo la mia autorizzazione e il mio consenso a quanto esposto.

Firma del medico alla consegna

Firma della paziente dopo lettura

Confermo di aver posto al Medico tutte le tutte le domande che ho ritenuto opportune, ottenendone piena ed esauriente risposta

Data ____/ ____/ ____

Firma del medico dopo la firma della paziente o all'accesso ospedaliero.

REVOCA DEL CONSENSO RILASCIATO IN DATA _____

Firma del Paziente/Tutore Legale _____